

CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII MEHEDINȚI

CERERE DE OPȚIUNE

Subsemnatul(a),, cod numeric personal, domiciliat(ă) în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., județul, posesor/posesoare al(a) actului de identitate seria nr., eliberat de la data de, născut(ă) la data de în localitatea județul, fiul(fiica) lui și al(a), pensionar de invaliditate gradul I, potrivit Deciziei medicale asupra capacității de muncă nr., emisă de, cunoscând prevederile [art. 42](#) din [Legea nr. 448/2006](#) privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și prevederile din Codul penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere că, la data prezentei,

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> beneficiez | | <input type="checkbox"/> asistent personal; |
| <input type="checkbox"/> nu beneficiez | | <input type="checkbox"/> indemnizație lunară prevăzută la art. 43 din Legea nr. 448/2006 , republicată, cu modificările și completările ulterioare, respectiv indemnizație de însoțitor prevăzută la art. 58 alin. (3) din aceeași lege, în cazul persoanei cu handicap vizual grav; |

și optez pentru:

- asistent personal;
- indemnizație lunară prevăzută la [art. 43](#) din [Legea nr. 448/2006](#), republicată, cu modificările și completările ulterioare, respectiv indemnizație de însoțitor prevăzută la [art. 58 alin. \(3\)](#) din aceeași lege, în cazul persoanei cu handicap vizual grav;
- indemnizație de însoțitor prevăzută la [art. 77](#) din [Legea nr. 263/2010](#), cu modificările și completările ulterioare.

Data

Semnătura,